

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

198

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Raymond DULAC

Né à Albas (Lot) le 26 mai 1886

DES

TUMEURS CONGÉNITALES

DE LA

RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE DU COU DU FŒTUS

DANS

LEURS RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

THÈSE /

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

N^o 198

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Raymond DULAC

Né à Albas (Lot) le 26 mai 1886

DES
TUMEURS CONGÉNITALES

DE LA

RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE DU COU DU FŒTUS

DANS

LEURS RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT



Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
	GILBERT.
Clinique médicale.	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	RIBEMONT DES SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	REITTERER
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	LÖPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE (MARCEL)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, L'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR CAUBET, Toulouse

M. LE PROFESSEUR CESTAN, Toulouse

M. LE PROFESSEUR AUDRY, Toulouse

M. LE DOCTEUR LE GENDRE, Paris

M. LE PROFESSEUR HARTMANN, Paris

M. LE PROFESSEUR PINARD, Paris

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE, Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. RIBEMONT-DESSAIGNES

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553404_0044

DES
TUMEURS CONGÉNITALES

DE LA

RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE DU COU DU FŒTUS

DANS

LEURS RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

Observation 1

Le 1^{er} mai 1910, arrivait à la Maternité de l'HOPITAL BEAUJON une femme, primipare, envoyée par un médecin, avec le diagnostic de présentation vicieuse.

Les dernières règles dataient du 17 au 21 septembre 1909. Elle venait de perdre les eaux spontanément, vers midi.

A l'inspection l'utérus mesurait 24 centimètres, le squelette paraissait normal, la peau saine.

Au palper, on sentait au détroit supérieur, une tumeur irrégulière, un dos à gauche, et au fond de l'uté-

rus, à droite, une tumeur dure, arrondie, que l'on faisait balloter et qui était la tête.

Le diagnostic de présentation du *siège* en sacro-iliaque gauche antérieure fut fait.

A l'auscultation, les bruits du cœur étaient entendus à gauche et battaient 168 fois par minute.

Au toucher, l'excavation était vide, l'orifice utérin dilaté comme cinquante centimes, on arrivait sur les pieds. Les membranes étaient rompues.

A 7 heures du soir les bruits du cœur se modifient ; on touche à ce moment, et on trouve un cordon procident et une dilatation complète. On abaisse le pied antérieur pour terminer rapidement l'accouchement.

L'extraction de l'épaule droite est *particulièrement pénible*, car elle présente à son niveau et se prolongeant jusque sur le cou, *une tumeur kystique* très vascularisée. Enfin l'enfant, extrait, fait quelques inspirations et meurt. Il pèse 2.270 grammes.

Délivrance par extraction simple. Poids du placenta : 600 grammes.

La tumeur occupe sur le côté droit la région qui s'étend de l'occiput jusqu'à la 7^e ou 8^e côte. Elle a 16 cm. 1/2 de longueur et 19 centimètres dans sa partie la plus large ; elle affleure le moignon de l'épaule et se continue presque sans ligne de démarcation sur la partie supérieure du bras droit.

Elle présente en arrière une coloration bleu verdâtre, due à la présence de vaisseaux qui donnent l'impression de varicocèle. Elle s'étend jusqu'à l'oreille droite dont elle refoule le pavillon.

DISSECTION. — Incision du menton à la région mammaire droite : la peau largement disséquée se sépare aisément de la tumeur dont elle est séparée par du tissu cellulaire. Les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien droit passent au-devant de la tumeur, mais n'y adhèrent pas. La tumeur mise à nu paraît constituée par une poche remplie d'un liquide foncé, et donne à première vue l'impression que l'on se trouve en présence d'un large hématome. En arrière le trapèze et le grand-dorsal très aminci recouvrent la tumeur. Elle adhère fortement à ces deux muscles.

Dans sa partie profonde, elle adhère à la colonne vertébrale ainsi qu'à la base du crâne. Un prolongement de la tumeur passe sous l'omoplate.

(Observation inédite de M. RIBEMONT-DESSAIGNES, Maternité de Beaujon, 1910.)

A la suite de cette observation, qu'a bien voulu nous communiquer M. le PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES, nous avons, sur ses conseils, recherché, dans la littérature obstétricale, si de semblables tumeurs avaient été observées chez le nouveau-né, quelle en était la nature et surtout leur *pronostic* au point de vue de la marche et de la terminaison de l'accouchement.

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude à M. le PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES pour les conseils qu'il nous a donnés et les deux observations inédites qu'il nous a communiquées.

CHAPITRE PREMIER

Les tumeurs congénitales observées au moment de l'accouchement sont relativement peu fréquentes et parmi celles que l'on rencontre le plus souvent, les *tumeurs kystiques* occupent la première place. Ces tumeurs sont plus ou moins volumineuses.

Une première variété est constituée par les LYMPHANGIOMES ; une seconde variété par des tumeurs dépendant du CORPS THYROÏDE.

Les tumeurs thyroïdiennes peuvent être d'ailleurs ou franchement *kystiques*, ou constituées par une *congestion* ou une *hypertrophie* du tissu glandulaire lui-même, soit que cette hypertrophie porte sur la glande entière, soit sur un seul lobe et en particulier le lobe droit.

D'autres tumeurs congénitales peuvent d'ailleurs être rencontrées, telles que le *lipome*, l'*angiome*. Elles se rencontrent moins fréquemment et leur volume n'atteint jamais celui des tumeurs précédentes.

Nous ne nous occuperons dans cette étude que des deux principales catégories :

Le LYMPHANGIOME CONGÉNITAL ;

Le GOITRE CONGÉNITAL.

PREMIÈRE PARTIE

LYMPHANGIOMES CONGÉNITAUX

L'étude clinique et thérapeutique des kystes congénitaux du cou est aujourd'hui bien déterminée ; aussi ne retracerons-nous que brièvement leur historique et leur pathogénie.

Historique

Depuis longtemps on avait remarqué ces tumeurs plus ou moins volumineuses du cou, au moment de la naissance. CELSE en avait déjà donné une description.

JOULE en 1759 en cite une observation dans l'histoire de l'Académie des Sciences. Mais ces faits sont rarement décrits. Les observateurs les considéraient sans doute comme des monstruosité et n'avaient pas cherché à en approfondir l'étude. D'autres auteurs les avaient confondus avec des tumeurs du corps thyroïde.

Il faut aller jusqu'en 1825 pour trouver un travail se rapportant à la question. C'est alors que MAUNOIR de

Genève publie un mémoire sur *l'hydrocèle du cou*, établissant une distinction entre les tumeurs kystiques du cou et celles du corps thyroïde.

REDENBACKER en 1828, dans son travail intitulé : *Dissertatio inaug. de ranula sub lingua congenita*, compare ces tumeurs aux grenouillettes.

C'est en Allemagne et en Angleterre que les observations sont publiées avec le plus d'abondance par EBERMAYER, VOLKER, DROSTE, WERNHER, CÆSAR HAWKINS.

C'est surtout ce dernier qui fit naître véritablement la question des kystes congénitaux du cou. Il étudie dans son mémoire : *On a peculiar form of congenital tumor of the neck*, les tumeurs enkystées du cou chez le nouveau-né et s'occupe surtout d'une forme spéciale, les *kystes multiloculaires*. Il insiste déjà sur la particularité qu'ont ces tumeurs d'émettre des prolongements du côté des organes profonds du cou.

WERNHER en 1843, dans son ouvrage : *Die angeborenen Kysten hygroma und die ihnen ferwandten Geschwulste*, divise l'étude de ces tumeurs en deux : kystes simples et composés.

En France, GILLES et LORAIN publient des observations ayant trait à cette affection. VIRLET dans sa thèse les reproduit et en ajoute trois autres dues à C. HAWKINS.

D'autres observations sont alors communiquées par GIRALDÈS en 1860 ; BLACHEZ, SÉDILLOT (1860), FANO (1861).

Enfin l'importante thèse de BOUCHER (1868) résume tout ce qui avait été publié jusqu'alors.

Plus tard, LANNELONGUE et ACHARD, LANNELONGUE et

MÉNARD publient des travaux importants qui, tout en complétant l'étude clinique de ces tumeurs, mettent en lumière la structure et la pathogénie de ces kystes congénitaux.

SAVELLI en 1901 résume la pathogénie de ces tumeurs dans les conclusions suivantes que nous rapportons pour terminer ce bref exposé historique.

Pathogénie

SAVELLI : *Thèse de Paris* (1901-1902).

« I. — Les kystes séreux congénitaux du cou sont des **lymphangiomes**.

« II. — La théorie pathogénique des organes à vésicules closes et la théorie sanguine qui en fait le résultat de la transformation d'un angiome (BROCA, CRUVEILLER) doivent être abandonnées.

« III. — Nous pensons que les kystes congénitaux du cou sont dus à un arrêt de développement du système lymphatique de la région cervicale. Cette hypothèse s'appuie sur ce que nous ont démontré les coupes d'embryons de différents âges (VICTOR VEAU) et sur ce que nous savons des vices de développement du système lymphatique (RANVIER). »

Description

Les kystes du cou peuvent être de dimensions très variables. LANNELONGUE, dans son ouvrage: *Des tumeurs congénitales*, en a donné une description typique :

« Le cou est le véritable lieu d'élection des kystes congénitaux. Ils occupent principalement les faces antérieures et latérales, plus rarement la nuque. Souvent ils dépassent les limites de ces diverses régions pour s'étendre sur les parties voisines, à la face, au thorax, à l'épaule. Les dimensions de ces tumeurs sont, dans certains cas, considérables; elles égalent et dépassent même quelquefois celles de la tête du nouveau-né. Elles forment alors une masse énorme, pendante au-dessous de la mâchoire inférieure et retombant comme une besace au-devant de la partie supérieure du tronc : elles s'étendent aussi jusqu'aux mamelles et même plus bas encore.

« Supérieurement ces kystes sont limités par la courbe du maxillaire inférieur; mais il n'est pas rare de les voir dépasser cette limite et empiéter sur la joue. Ils entraînent par leur volume et la saillie qu'ils déterminent des difformités plus ou moins prononcées, telles que l'effacement de la courbe du maxillaire inférieur et de la saillie du menton, la déviation de l'orifice buccal, la déformation du pavillon de l'oreille. Souvent la tumeur vient proéminer sur le plancher buccal, qu'elle

soulève sous la forme d'une tuméfaction molle, fluctuante, d'un blanc bleuâtre.

« Latéralement les sterno-mastoïdiens forment en général leur limite, toutefois la tumeur occupe en même temps, dans certains cas, la région sous-hyoïdienne et le creux sus-claviculaire, passant au-dessous du sterno-mastoïdien qui la bride et dessine à sa surface un étranglement. Parfois on la voit descendre au-dessous de la clavicule ou s'étendre dans le creux de l'aisselle. »

Cette description de tumeurs énormes ne s'applique heureusement pas à tous les cas. Le plus souvent même il s'agit de tumeurs moyennes, ou même très petites, à tel point qu'elles ont pu passer inaperçues à la naissance et se sont développées ultérieurement.

M. BRINDEAU en donne la description suivante : « ... Le plus souvent ces kystes sont gros comme un œuf, quelquefois comme la tête d'un fœtus ; leur consistance est également variable, suivant leur caractère anatomique. Quand ils sont uniloculaires, ils sont souples et réductibles ; quand ils sont multiloculaires, ils sont durs et plus résistants. Le contenu du kyste est généralement séreux ou séro-sanguinolent, il est parfois filant, muqueux ou semi-solide. »

Étant donné le volume énorme que peuvent prendre ces tumeurs, on est en droit de se demander comment elles vont se comporter au moment de l'accouchement et si elles ne vont pas être une cause possible de dystocie.

C'est ce que nous allons rechercher dans les observations suivantes :

CHAPITRE II

Observation 2

LORAIN: *Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie*, 1853, p. 62.

Eugénie C..., âgée de 22 ans, s'est présentée à la Maternité, le 13 mai 1853, étant enceinte pour la seconde fois. Le premier enfant était bien conformé, mais n'a vécu que huit jours.

La grossesse actuelle n'a été marquée par aucun accident notable. L'accouchement s'est effectué *spontanément* peu de temps après l'entrée de la malade. Il a été *naturel et rapide*, le fœtus présentant le *sommet* de la tête en première position.

Cet enfant portait au-dessous de la face une tumeur d'un volume très considérable qui donnait une apparence insolite et vraiment monstrueuse à sa physionomie. Cette tumeur descendait jusqu'à la partie moyenne du sternum, au niveau des mamelles. Elle s'implantait au-dessous de la face, effaçant la saillie du menton, remontant de chaque côté jusqu'aux apophyses mastoïdes, de telle sorte que les contours de la face n'étaient

pas dessinés et que le visage semblait comme sculpté à un faible relief, au milieu de cette masse. La respiration se faisait bien ; la succion était impossible. La tumeur était molle, fluctuante, frémissante, non dépressible, non pâteuse. Elle était formée d'une quantité de petits kystes (80 à 100) situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, contenant du liquide soit limpide, soit louche, soit sanguin.

Observation 3

LORAIN : *Tirée de la « Gazette médicale de Paris », 1855, p. 173.*

Le 10 mai 1854 on apporta, à la consultation de M. le professeur Nélaton, un enfant qui venait de naître et qui portait au cou une tumeur volumineuse. La mère, âgée de 27 ans, est primipare ; son accouchement n'a présenté aucune irrégularité ; il a eu une durée *un peu plus longue* que normalement. L'enfant se présentait par le *sommet* et fut expulsé sans l'intervention de l'art.

L'enfant présente, à la partie latérale droite du cou, une tumeur molle, très grosse.

La tumeur fut extirpée par M. Nélaton. Elle était de consistance molle, tremblotante, fluctuante, se composant de plusieurs poches, contenant du liquide teinté de rouge sans caillots.

L'enfant succomba un mois après, le liquide s'était reformé.

Observation 4

LATOUCHE : *Revue des Maladies de l'Enfance*,
1885, p. 415.

Un enfant de sexe masculin, le nommé B... né le 21 janvier 1885 de parents bien portants et bien constitués, est entré le lendemain à la salle Saint-Côme. La mère a déjà eu une fille âgée aujourd'hui de 2 ans : il n'y a jamais eu de monstres dans la famille.

Après un accouchement par le *sommet*, *absolument normal*, on a remarqué dès le moment de la naissance, sur la partie latérale droite du cou, une tumeur très volumineuse qui n'a depuis lors, c'est-à-dire depuis vingt-quatre heures, ni augmenté ni diminué.

La tumeur est considérable ; elle égale presque la moitié d'une tête de fœtus. Elle est absolument lisse, arrondie et paraît bilobée. Elle ne dépasse pas la ligne médiane mais descend presque jusqu'à la clavicule et empiète un peu sur la joue. Elle est transparente, molle, élastique. C'est un kyste. Ponctions répétées. Mort le 7 janvier.

Observation 5

PROF. STOLTZ : *Revue de Médecine de l'Est*,
1878, p. 161.

Le 11 février 1874, le Dr Ch. Lévy présenta à la Société de Médecine de Nancy un enfant, du sexe mascu-

lin, âgé de 5 jours, qui était né portant au cou une tumeur égalant en volume celui de la tête.

Cette tumeur assise et fixée par sa base sur le côté droit du cou était d'une couleur rouge bleuâtre, légèrement veinée, d'une consistance molle, élastique, presque fluctuante, un peu mobile.

L'enfant était né à terme, très bien développé. Le Dr Lévy donna sur les circonstances de la naissance de l'enfant les renseignements suivants qu'il tient de la sage-femme qui avait assisté la mère.

L'expulsion eut lieu *sans difficulté*, la tête se présentant en *première position du crâne*. Après avoir fait un mouvement de rotation de gauche à droite, au moment de son dégagement, elle tourna de droite à gauche et fut suivie de l'expulsion de la tumeur. Elle pesait 355 grammes et formait un kyste multiloculaire.

Observation 6

VIRLET : *Thèse de Paris, 1854.*

Élisa F... est accouchée le 10 mai 1854 d'un enfant du sexe masculin, à terme. La présentation se fit par le *sommet*. Le travail fut *long et pénible*. L'enfant, petit, grêle, pesait 3 kilogrammes.

A la partie latérale du cou, s'étendant de l'apophyse mastoïde à la clavicule, séparée en arrière de deux travers de doigt de la colonne vertébrale, se trouvait une tumeur énorme que l'on peut comparer sans exagéra-

tion au volume de la tête de l'enfant ; tumeur molle, fluctuante, kystique.

Observation 7

JOULIN : *Thèse d'Agrégation*, 1863, p. 119,
tirée de « The Lancet », 1828, t. II, p. 638.

Le Dr Chalmer fut appelé auprès d'une femme qui était en travail depuis longtemps. Il y avait déjà *une heure* que la tête était au dehors, un bras l'avait accompagnée ; et cependant l'enfant ne pouvait être séparé de sa mère.

A l'aide du toucher, on reconnut comme une seconde tête qui, fixée, immobile, derrière le pubis de la mère, attenait au fœtus par une base large et semblait un pivot sur lequel il pouvait tourner.

Après maintes tractions, l'accouchement fut terminé. L'enfant était mort pendant le travail, car la mère assura l'avoir senti remuer, avant le commencement du travail.

La tumeur siégeait au cou, un peu déviée à gauche, et renfermait beaucoup de liquide, la poche était très vaste. Les trois premières côtes gauches et la partie correspondante des vertèbres, sur lesquelles la tumeur se trouvait implantée, étaient entièrement détruites.

Observation 8

KEITH : In *Edimbourg Medical Journal*,
février 1881, p. 690.

D. R..., un enfant respirant la santé était né à terme le 21 juillet 1880 de parents bien portants. Il n'y eut rien de particulier pendant l'accouchement si ce n'est qu'il fut retardé, dans la deuxième période, pendant six heures et se termina sans le secours d'instruments.

La mère avait eu huit grossesses antérieures normales. Lorsque la tête fut mise au jour, on eut quelques difficultés pour dégager le cou et les épaules par suite d'une tumeur tout à fait compressible siégeant sur le côté gauche du cou.

Elle mesurait 9 pouces de circonférence, s'étendant de l'oreille et du maxillaire inférieur jusque sur l'épaule gauche. Elle était fluctuante et paraissait divisée en deux compartiments ou lobes communiquant entre eux. Ponction, liquide transparent.

Observation 9

KÆSTER : In *Verhandlungen der Physical-medizin
Gessellschaft*, 1871, p. 46.

L'enfant, robuste, bien développé, né de parents jeunes et sains, fut extrait le 25 avril 1871, à l'aide du *forceps par suite de l'arrêt des contractions*.

Il se présentait en deuxième position *du sommet*. Le bras droit était placé sur la joue gauche et à cette place on sentait une tumeur remplie de liquide, de la grosseur d'une pomme et recouverte d'une peau ordinaire.

Observation 10

LANNELONGUE : *Tumeurs congénitales*, p. 385.

En janvier 1883, on me présente à l'hôpital Trousseau une petite fille âgée de 4 mois, qui porte au cou une des tumeurs les plus volumineuses que j'ai jamais vues, proportionnellement au corps de l'enfant. Le diagnostic d'ectopie pulmonaire avait été posé par des médecins.

Vue par devant, la tumeur occupe toute la partie latérale droite du cou jusqu'à la mâchoire inférieure et elle remonte, en arrière de l'oreille, pour s'appliquer contre le crâne. De là elle descend sur le thorax et recouvre à partir du sternum toute la paroi antérieure et latérale du côté droit : elle suit, dans son développement le bord des fausses côtes, qu'elle recouvre, et qu'elle empêche de reconnaître. Elle présente des parties fluctuantes. Sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant, la tumeur ne change pas. Je fais le diagnostic de kyste congénital.

Depuis la naissance, la tumeur a acquis un volume un peu plus considérable, mais elle était déjà, alors, très volumineuse.

L'accouchement fut *difficile* et nécessita une application de *forceps*.

Observation 11 (Inédite).

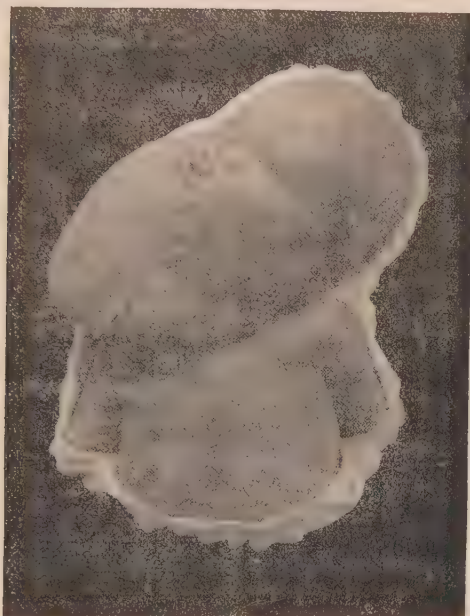
Prof. RIBEMONT-DESSAIGNES : *Maternité de Beaujon*.

N... Julia, accouche le 25 octobre 1885 à 5 heures du soir d'un enfant qui, d'après la date des dernières règles et le volume de l'utérus, doit être arrivé à terme. Elle a eu en effet ses dernières règles du 10 au 15 janvier pour la dernière fois et la hauteur de l'utérus est de 35 centimètres ; il y a excès de liquide amniotique, mais l'enfant paraît suffisamment développé. Présentation *du sommet* en O. I. G. A.

Le travail a débuté le 24 octobre à midi et la parturiente a été admise le même jour à l'hôpital, à 8 heures du soir. La dilatation était à ce moment commencée mais lenticulaire ; col entièrement effacé.

Le travail marche régulièrement toute la nuit, et le matin, à la visite, on trouve une dilatation grande comme une pièce de 5 francs. Les membranes bombent à travers l'orifice, la tête reste assez élevée, engagée toutefois à la partie supérieure du petit bassin. La dilatation est complète à 2 heures ; la tête est toujours élevée. Les efforts très énergiques de la parturiente n'amènent pas un engagement plus prononcé de la tête. Aussi à 5 heures, M. Ribemont-Dessaignes se décide-t-il à pratiquer une *application de forceps*, d'autant que les bruits du cœur sont devenus soufflants et sont un peu ralen-

tis. La rotation est effectuée à l'aide de l'instrument avec quelques difficultés, bien que l'écartement des manches de l'instrument ne décelé pas un volume exagéré de la tête fœtale.



Photographie d'un moulage reproduisant l'enfant dont il est question dans l'observation N° 11.

(Musée de la Maternité de Beaujon).

Des tractions énergiques et longtemps soutenues sont nécessaires pour amener le sous-occiput sous l'arcade pubienne. Le dégagement du front et de la face nécessite des tractions énergiques et l'on fait à ce moment le diagnostic de tumeur occupant la région cervi-

cale, car, le menton étant dégagé, la tête n'est point libre et l'on s'aperçoit que la région sous-mentale est occupée par une tumeur volumineuse. On finit par extraire cette masse, largement sessile, qui donne au cou un volume supérieur à celui de la tête. Le reste du tronc est extrait sans peine. Il y a une déchirure complète du périnée et de la région inférieure de la cloison recto-vaginale.

Le fœtus ne donne pas signe de vie.

Description de la tumeur. — La tumeur occupe la région antérieure et envahit la région latérale du cou et de la face, surtout à droite. Elle est, en avant, au même niveau ou même dépasse le niveau du menton. Irrégulièrement ovoïde et légèrement bosselée, elle descend presque au niveau de la ligne mammaire et présente les dimensions suivantes : du milieu de la joue droite jusqu'où elle s'étend, à la partie supérieure, elle mesure 15 cm. 5. Son plus grand diamètre transversal est de 12 centimètres. Il est évident qu'elle refoule le plancher de la bouche car la langue est projetée entre les lèvres.

Cette tumeur offre la consistance d'une masse enkystée multiloculaire. A côté de portions nettement fluctuantes se trouvent des régions plus consistantes, et d'autres où la fluctuation est beaucoup moins nette. La tête est en légère extension due au volume de la tumeur qui, reposant sur la partie antéro-supérieure du thorax, soulève et refoule en avant le maxillaire inférieur.

La peau a une coloration et une apparence normales.

Examen de la tumeur. — La tumeur est formée par l'agglomération d'un grand nombre de formations kystiques, dont trois, beaucoup plus volumineuses, auxquelles sont accolés une foule de kystes de volumes variables, allant du volume d'une noix à celui d'un grain de chènevis. Deux des kystes volumineux occupent la région antérieure de la masse, un autre est logé dans la profondeur du cou et avoisine la colonne vertébrale.

La tumeur est enveloppée d'une membrane formée de tissu cellulaire épaissi qui constitue en outre les cloisons qui séparent les kystes principaux, les uns des autres. La coloration générale de la tumeur est d'un blanc bleuâtre.

Le contenu des kystes est constitué par un liquide séreux, très clair et limpide, sans couleur pour deux des gros kystes, rosé pour le troisième, le plus profondément situé. Quelques kystes petits, logés dans la profondeur, sont remplis soit d'un liquide sanguinolent, soit d'un liquide brunâtre, de consistance un peu épaisse, dans lequel le microscope a décelé l'existence de globules sanguins, pour la plupart altérés et de cristaux d'hématoïdine.

Le thymus, le corps thyroïde, la glande sous-maxillaire et sub-linguale, plus ou moins refoulés par la tumeur, ont conservé leur structure normale.

La tumeur n'est donc pas d'origine glandulaire.

Les suites de couches n'ont été traversées par aucun accident. Le périnée reconstitué de suite ainsi que la cloison recto-vaginale se sont cicatrisés ; il est cepen-

dant resté une très petite fistule qui a été opérée ultérieurement avec succès.

N... Julia redevenue enceinte a accouché en 1892 à la Maternité de Beaujon d'un enfant bien conformé et qui a vécu.

Observation 12

LEWEERS : *Obstetrical transactions of London*, 1897.

Le fœtus fut envoyé par le Dr Currie de Finsburg-Park au Dr Leweers. La mère, âgée de 36 ans, était atteinte de rachitisme et avait accouché trois fois auparavant au huitième mois. La quatrième grossesse était à sa fin.

Le Dr Currie dut *perforer la tête et achever de délivrer avec le basiotribe*, mais avec une très grande difficulté, qu'il attribuait en grande partie et comme cela, après, parut évident à une tumeur du cou.

Le corps est celui d'un fœtus mâle, bien développé. Il porte une grosse tumeur au côté gauche du cou, occupant tout l'espace compris entre la tête et l'épaule gauche. En disséquant on a trouvé que la tumeur est située sous l'aponévrose cervicale inférieure, sous le muscle sterno-mastoïdien. Elle a fait déplacer la trachée et l'œsophage. Les vaisseaux carotidiens sont au dessous de cette masse. Enfin elle s'étend en arrière jusqu'au trapèze.

La tumeur est un gros kyste mesurant 5 pouces de

diamètre. Il contient du liquide. Des coupes microscopiques de la tumeur montrent une infinité de tissus. Par sa structure cette tumeur ressemble aux tumeurs sacro-coccygiennes.

Observation 13

SCHUCKING : In *Centralblatt für Gynæcologie*,
1882, n° 24, p. 369.

Le 16 mai je fus conduit par mon collègue le Dr Piltz auprès d'une femme de 23 ans, II-pare.

Son premier accouchement s'était passé normalement. Les douleurs avaient commencé depuis douze heures. Les contractions étaient fréquentes et douloureuses, la parturiente était très épuisée. Les bruits du cœur de l'enfant ne pouvaient être perçus.

La tête reste en position du *front* au détroit inférieur. Comme des *tentatives d'extraction sont demeurées sans résultats, on perfore la tête*, mais malgré cela les tractions ne parviennent pas à l'extraire. On acquiert alors la certitude qu'il existe une anomalie fœtale qui, d'ailleurs, paraissait déjà vraisemblable.

La main étant introduite dans le vagin, on sent l'épaule droite située en avant de l'orifice externe du col. La dilatation est complète et le col est si fortement tendu autour de l'épaule droite et de la partie gauche du cou qu'il est impossible d'examiner ce qui se passe au-dessus. Comme il s'agissait fort vraisemblablement

d'un de ces kystes connus du cou, j'introduisis les ciseaux de Nœgelé et je perforai en partant de la moitié droite de la nuque et en me guidant sur mon doigt, *j'incisai à gauche* la tumeur à la partie inférieure du cou. Une quantité extraordinaire de sang veineux sortit d'abord, ensuite le corps de l'enfant fut extait.

La tumeur est située à gauche du cou et près de l'épaule, et s'étend jusqu'au manubrium du sternum. Son poids est de 650 grammes, quoique évidemment la moitié de son contenu se soit échappée au cours de la perforation.

Observation 14

BLACHEZ : *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1856.

M^{me} M... J..., âgée de 23 ans, est à sa quatrième grossesse. Les trois premiers accouchements ont été heureux. Deux enfants vivent, le troisième a succombé à une affection cérébrale.

Elle devient de nouveau enceinte vers le 15 janvier 1856 (à en juger par le développement du fœtus, cette date est probablement erronée). La grossesse n'offrit rien de particulier pendant les trois premiers mois. Il y a trois semaines environ, elle s'aperçut que son ventre se développait d'une manière insolite. Le développement acquit rapidement un volume énorme et dans les huit derniers jours, le ventre était tellement volumi-

neux qu'il dépassait de beaucoup le volume que lui aurait donné une grossesse à terme. Elle n'a jamais rien senti remuer. La respiration était très gênée ; depuis dix jours elle avait été obligée de s'aliter. Effrayée de ces symptômes, elle avait appelé auprès d'elle le D^r Vincenot qui constata l'état suivant :

Le ventre était distendu par une tumeur globuleuse dépassant de beaucoup l'ombilic et remontant jusqu'à la région hypogastrique. Le col était flasque et se laissait traverser par le doigt qui arrivait directement sur la poche amniotique fortement tendue. On n'entendait pas les bruits du cœur.

M. Desprès, chirurgien de l'Hospice de Bicêtre, appelé en consultation, constata les mêmes faits et diagnostiqua, d'accord avec M. Vincenot, une *hydropisie de l'amnios*.

Les douleurs se déclarèrent dans la nuit du samedi au dimanche 15 juin. Le matin, le col présentait une dilatation de la grandeur d'une pièce de 5 francs. A midi, rupture de la poche amniotique qui laissa s'écouler une grande quantité de liquide. On s'aperçut ensuite que la femme perdait beaucoup de sang en partie liquide, en partie coagulé. Tout ce sang s'échappa d'un coup et l'hémorragie ne reparut pas.

Le toucher permit de sentir les fesses de l'enfant qui se présentait en *position sacro-iliaque gauche*. A partir de ce moment, les douleurs furent très modérées. A 5 heures du soir M. Vincenot, ayant égard aux symptômes qu'avait présentés la femme dans les dernières semaines et à l'état de faiblesse où elle se trouvait et

qui devenait de plus en plus marqué, à l'hémorragie considérable qui avait suivi la rupture de la poche, jugea prudent de terminer l'accouchement.

Trois doigts furent introduits dans l'utérus et saisirent facilement les pieds. A peine ceux-ci étaient-ils arrivés à la vulve qu'une contraction énergique chassa la tête de l'enfant, masquée par des caillots sanguins et une énorme tumeur dont les parois s'étaient rompues en avant. Une grande quantité de caillots sanguins fut expulsée en même temps. Le placenta avait le double de son volume normal. Le développement du fœtus indiquait 7 ou 8 mois. A la partie antérieure du cou existe une énorme tumeur offrant le volume d'une noix de coco. La paroi fut largement déchirée à sa partie antérieure pendant l'accouchement. Quand elle était entière, elle devait faire fortement saillie en avant du cou.

Observation 15

STRASSMANN : *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1893, p. 200.

P. Strassmann montre le corps d'un nouveau-né sur lequel, du côté droit du cou, se trouve une tumeur kystique qui avait été une cause de dystocie.

La parturiente, femme de 27 ans, V-pare, a eu trois grossesses normales, la quatrième a été un avortement au cinquième mois. Elle commença à ressentir les premières douleurs le 6 janvier.

Après sept heures de douleurs, le col est complète-

ment dilaté. L'examen montre une grosse partie dans l'excavation. D'ailleurs cet examen est difficile par suite d'hydramnios.

L'enfant se présente *par le siège*. L'écoulement sanguin de l'utérus est modéré. Rupture de la poche des eaux. *Impossibilité d'extraire le fœtus plus loin que le nombril.*

La main trouve une tumeur du cou, molle, fluctuante. *On la ponctionne*. Il s'écoule 700 à 800 centimètres cubes d'un liquide clair, de couleur jaunâtre. L'extraction de la tête est ensuite facile.

L'enfant, du sexe féminin, mesure 50 centimètres et pèse 3.300 grammes.

La tumeur mesure 19 centimètres de long sur 13 de large ; est mobile, kystique. L'enfant respira quelques minutes et mourut quelques instants après.

CHAPITRE III

Constatations

Nous allons essayer d'analyser ces 15 observations de lymphangiomes congénitaux du cou, de façon à en tirer quelques constatations sur l'influence qu'ils ont pu avoir sur :

1° La **présentation de l'enfant** ;

2° La **marque du travail et la terminaison de l'accouchement** ;

3° Le **pronostic pour l'enfant**.

Nous résumons ces constatations dans le tableau suivant :

Présentation de l'enfant.	{	Sommet : 11 fois (<i>obs. 2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12</i>).
		Siège : 3 fois (<i>obs. 1-14-15</i>).
		Front : 1 fois (<i>obs. 13</i>).
		Face : 0.
Marche et terminaison de l'accouchement.	{	Accouch. spontané normal : 3 fois
		Acc. spont. mais plus long : 4 fois (<i>obs. 2 à 8</i>)
		Intervention simple : 1 fois (<i>obs. 1</i>).
		Forceps : 3 fois (<i>obs. 9-10-11</i>).
		Basiotribsie-ponction : 4 fois (<i>obs. 12-13-14-15</i>).

Siège de la tumeur	{	Partie antérieure : 3 fois (<i>obs.</i> 2-10-13).
		Partie latérale gauche : 3 fois (<i>obs.</i> 7-11-12).
		Partie latérale droite : 8 fois (<i>obs.</i> 1-3-4-5-8-9-14-15).
		Inconnue : 1 fois.
Pronostic pour l'enfant.	{	Mort immédiate : 6 fois (<i>obs.</i> 7-11-12-13-14-15).
		Mort peu après : 2 fois (<i>obs.</i> 3-4).
		Vivant : 1 fois (<i>obs.</i> 10).
		Inconnu : 6 fois.

Nous pouvons donc conclure de ces constatations :

1° Que la présence de lymphangiomes congénitaux du cou n'influe pas d'une façon prédominante sur la production d'une présentation anormale.

Que dans plus des deux tiers des cas l'enfant se présente par le sommet et que la présentation la plus observée ensuite est celle du siège puis celle du front.

2° Que dans plus de la moitié des cas, la marche du travail est normale ou rendue simplement un peu plus longue et pénible.

Que l'accouchement se fait spontanément dans plus de 50 % des cas, mais que l'on est quelquefois forcé d'intervenir soit par une application de forceps, soit par une embryotomie, soit par des ponctions de la tumeur.

Mais si nous examinons les cas dans lesquels ces diverses opérations ont dû être employées, nous voyons que toutes ont eu pour cause la présence de kystes très volumineux, qui sont en somme assez rares. Nous pou-

vons donc dire que, dans presque tous les cas de kystes petits ou moyens, l'accouchement n'est guère influencé, d'une façon bien grave, mais qu'il peut l'être dans les cas de kystes d'un volume exagéré.

3° Que le siège des lymphangiomes est prédominant sur le côté droit du cou.

4° Que le pronostic pour l'enfant est très réservé, la mort se produisant dans la grande majorité des cas au moment de l'accouchement, par suite de la ponction de la tumeur ou de la gêne qu'elle apporte à la respiration et à la succion.

DEUXIÈME PARTIE

DES GOITRES CONGÉNITAUX

La seconde variété de tumeurs congénitales du cou qui va nous occuper, est constituée par les GOITRES.

Laissant de côté la constitution anatomique (goitres colloïdes, kystiques, vasculaires, fibreux) nous n'étudierons que les conséquences de la présence de cette tumeur dans la région cervicale antéro-latérale sur l'accouchement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'hérédité du goitre est abondamment prouvée par de nombreuses observations, mais la connaissance de la possibilité de l'apparition de cette tumeur chez l'enfant nouveau-né est pour ainsi dire récente. Elle ne date guère que du siècle dernier.

BOURRIT assurait qu'on ne voit jamais de goitreux avant l'âge de 6 ans ; DARÉ-LARBOUSSE, qu'il ne se déclare jamais avant les quatre premières années de la vie.

C'est FODÉRE qui le premier en montra des exemples. MONDINI (1839), NICOT D'ARBENT (1840), en rapportèrent d'autres.

C'est surtout en Allemagne que les publications ont été abondantes, probablement à cause de la fréquence des goitres sur les bords du Rhin et dans la Suisse où cette affection est pour ainsi dire endémique dans certains cantons.

Les communications sont dès lors plus nombreuses. On peut citer celles de CAMERER. AHLFELD dans sa monographie étudie les rapports du goitre avec la présentation du front et de la face. Il en cite un cas d'HECKER

et deux autres de SIMPSON. LÖHLEIN en 1875 cite également une observation dans laquelle le goitre fœtal fut une cause de présentation de la face et rendit l'accouchement difficile. Ce sont ensuite les thèses de BOBB (1867), de VONVILLER (1881). Cet auteur admet l'influence du goitre fœtal, intra-utérin, sur la variété de la présentation ; et il croit que par suite de l'impossibilité où il se trouve, dans la présentation du sommet, à lutter contre la déflexion de la tête, le fœtus prend une *position transversale* qui aboutit ensuite à une présentation *du siège*.

Ce sont enfin les thèses de BURGHAGEN (1888), de DIETHELM (1890), BILLIG (1892), WENDT (1894) ; celle de GERBER (1896), où cet auteur s'exprime ainsi : « Dans cette affection de la glande thyroïde, la présentation de *la face* est infiniment plus fréquente. Cela s'explique très facilement, et l'on comprend qu'un gros goitre puisse donner, très vite, lieu à une présentation du front ou à une présentation de la face, parce que la tumeur fait incliner la tête fœtale sur la nuque et empêche le menton de se fléchir sur la poitrine. »

En France, on trouve les observations de BÉRAUD (1866), de HOUEL (1873).

En Angleterre, celles de SIMPSON (1871), d'ORMSBY (1888).

En Amérique, celle de ABT (1900).

Il nous a paru intéressant de réunir ces diverses observations dans un travail d'ensemble, à côté des lymphangiomes que nous avons étudiés dans notre première partie et d'essayer d'en analyser les caractères principaux, pour en tirer quelques constatations pratiques.

CHAPITRE II

Observation 1

DIENER : *Schmidts medicin Jarbücher*, vol. 63, p. 206.

Une femme de 22 ans mettait au monde en décembre 1846, pour la première fois, un enfant du sexe féminin qui portait une tumeur sur le côté droit et la face antérieure du cou. L'accouchement se fit *facilement et vite*. L'enfant respirait mal. Mort. L'examen montra que c'était une hypertrophie du corps thyroïde.

Observation 2

DIETHELM : *Thèse de Zurich*, 1890 (*Obs. II, clinique du Prof. Wyder*).

Mère, dix grossesses, toutes normales. L'accouchement actuel *se fit bien*; l'enfant se présentait en deuxième position du *sommet*. Asphyxie. Gros corps thyroïde. Mort.

Observation 3

DIETHELM : *Thèse de Zurich (Obs. III).*

Femme bien constituée, grossesse normale. Accouchement *normal, deuxième position du sommet.*

L'enfant respire mal, par suite d'un goitre, et meurt deux jours après.

Observation 4

DIETHELM : *Thèse de Zurich (Obs. IV).*

Cas de goitre congénital, rapporté par le Dr Schulthess, l'accouchement *fut normal.*

Observation 5

DIETHELM : *Thèse de Zurich (Clinique du Dr Müller).*

La mère de l'enfant est une femme petite et grêle. Elle porte au cou un goitre volumineux. L'accouchement *se fit normalement. Présentation du sommet.* Vers 6 heures du matin, les contractions douloureuses avaient commencé ; à 2 heures du soir, l'accouchement était terminé.

L'enfant présentait une hypertrophie de la glande thyroïde et avait de la difficulté à respirer. Mort quelque temps après.

Observation 6

GERBER : *Thèse de Fribourg*, 1896.

Femme R..., 27 ans, V-pare. Mère morte goitreuse et épileptique.

Grossesse normale. Dernières règles le 1^{er} novembre 1894.

Le 14 août 1895, premières douleurs.

Présentation du sommet. A 3 heures du matin, expulsion d'un fœtus cyanosé et ne respirant pas.

Les deux lobes du corps thyroïde ont le volume chacun d'un œuf de poule ; le lobe médian, celui d'une châtaigne. La circonférence du cou est de 24 centimètres.

Observation 7

GERBER : *Thèse de Fribourg*, 1896.

B... B..., II-pare, sans antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à 20 ans, régulièrement. Dernières règles, début de novembre 1894. Le premier accouchement eut lieu, il y a trois ans : l'enfant est bien portant et présente un petit goitre unilatéral.

Elle présente elle-même un goitre parenchymateux à droite, du volume d'une noix.

Le 13 août 1895 apparition des premières douleurs. Tête fixée dans l'excavation, siège en haut et à gauche. Petits pieds en haut et à droite. A 1 heure de l'après-

midi premières fortes douleurs. A 2 heures, la tête apparaît à la vulve. En même temps, rupture de la poche des eaux et déchirure du périnée sur une longueur de 2 centimètres.

Tumeur siégeant sur le muscle sterno-mastoïdien du côté gauche et ayant à peu près les dimensions d'un œuf de pigeon, tandis que à droite on observe un goitre de la grosseur d'une grosse châtaigne.

Observation 8

SPIEGELBERG : In *Würzburger Medicinische Zeitschrift*, 1864, V, p. 161.

D... H..., n° 132, II-pare, atteinte d'un goitre, entre dans la salle en février 1862 avec des douleurs.

Le travail *se fait bien* ; l'enfant se présente par *le sommet en deuxième position*.

L'enfant, une fille, présente près des épaules et du sternum, une tumeur qui, par sa forme, rappelle une glande thyroïde très grosse. Le tour du cou mesure 21 centimètres. L'enfant vit mais respire difficilement. Elle est trouvée morte dans son lit, trois jours après.

Observation 9

BOBB : *Thèse de Strasbourg*, 1867.

La nommée X..., âgée de 26 ans, est entrée le 5 février 1861 à la Maternité. Bonne santé ; réglée à 13 ans

irrégulièrement. Elle a eu trois accouchements antérieurs. Elle n'a pas gardé ses enfants vivants. Elle ignore la dernière apparition de ses règles et sa grossesse paraît remonter à 5 mois et demi.

Apparition des premières douleurs, sans cause connue, le 5 février 1861. Présentation *du sommet en O. I.* D. P. L'accouchement *s'est terminé naturellement*. La durée totale du travail fut de treize heures. L'enfant pèse 1 kilogramme ; il a vécu une demi-heure.

Il porte une tumeur qui occupe la partie antérieure et médiane du cou. Son volume peut être comparé à celui d'un œuf de poule.

Considérable pour le volume de l'enfant, la tumeur a trois lobes. C'est un goitre. Il pèse 16 grammes.

Observation 10

MAURER : *Schmidts medicin Jarbücher*. Vol. 84, p. 329.

Il rapporte le cas d'un enfant bien développé, dont le père était goitreux. L'accouchement se fit *difficilement*, par suite d'un goitre assez volumineux.

Observation 11

HOUEL : *Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1873, p. 632.

Il s'agit d'un enfant né à Lagny avec une tumeur monstrueuse au-dessous de la mâchoire. Cette tumeur

était au moins du volume de la tête du fœtus et elle constitua un obstacle à l'accouchement *qui fut assez pénible*. Elle occupait toute la région antérieure du cou.

La dissection montra que l'on avait affaire à une tumeur kystique colloïdale, gélatiniforme.

L'examen histologique fut fait par M. Legros qui constata les détails suivants : la tumeur dépend bien évidemment du corps thyroïde, on y trouve les vésicules propres à cet organe : quelques-unes n'ont subi aucune altération, d'autres sont irrégulières ou pleines d'un liquide gélatiniforme ou même transformées en kystes.

Observation 12

ORMSBY : In *The Lancet*, 1888, p. 386.

J'assistai à l'accouchement de M^{me} T... Il fut *long et douloureux* mais se fit normalement. Elle mit au monde un fils. Je remarquai la grande étendue du cou sur le devant et m'aperçus que c'était un cas d'hypertrophie bilatérale du corps thyroïde. Le côté droit était plus développé que le gauche.

Observation 13

ABT : In *The Archives of Pediatrics of New-York*
1909, p. 261.

Le spécimen ci-dessous décrit me fut envoyé par le Dr de See de la Maternité de Chicago, où la femme avait

accouché. La mère était âgée de 38 ans, de bonne constitution. C'était sa quatrième grossesse.

Son accouchement fut très pénible. L'enfant était né asphyxié. Des efforts prolongés ne purent le ramener à la vie. L'enfant respira avec peine pendant quelques instants mais ne put être sauvé.

L'enfant, du sexe féminin, bien développé, présentait une tumeur sur la ligne médiane du cou. Elle avait la forme d'une noix, dure, noueuse. Après incision, on trouva que c'était une glande thyroïde hypertrophiée.

Observation 14

CRIGHTON : In *Edimbourg Medical Journal*, 1856,
tome II, p. 149.

Ce cas arriva pendant le printemps de l'année précédente. La mère avait un énorme goitre mais avait, autrement, une bonne santé.

Elle eut un accouchement *difficile et douloureux*. Le liquide amniotique s'échappa bientôt après que les douleurs eurent atteint leur maximum ; et quoique les contractions fussent fortes et continues, *la tête resta entre deux et trois heures sans avancer*.

L'enfant était du sexe masculin, de grande taille et, comme sa mère, atteint d'un goitre remontant jusqu'au menton.

L'enfant ne respirait pas. On fit de vigoureux efforts pour rétablir la respiration mais on ne put obtenir que des mouvements convulsifs.

Je n'ai pu examiner la tumeur.

La mère avait eu déjà un enfant présentant la même affection mais beaucoup moins développée.

Observation 15

BURGHAGEN : *Thèse de Berlin*, 1888.

La mère de l'enfant dont il s'agit est une III-pare, bien portante, vigoureuse. Pendant les derniers mois de la grossesse, elle n'a eu aucun accident. Le 17 mars 1888, vers 10 heures, à la fin normale de la grossesse, les douleurs commencèrent. Elles furent dès le début très fortes.

Une sage-femme, appelée auprès d'elle, trouva une présentation du sommet. Le col était complètement dilaté. Mais, dès que la tête, après la rupture des membranes, se fut solidement engagée dans le bassin, les contractions s'arrêtèrent, le travail n'alla pas plus loin.

Cet arrêt dura plusieurs heures.

La sage-femme pensa alors à une dystocie et voulut envoyer chercher un médecin, lorsque brusquement, sous l'influence de quelques contractions très fortes, l'occiput franchit le périnée et ainsi la tête fut dégagée. Le reste de l'accouchement se fit sans difficulté ainsi que la délivrance.

L'enfant vivait au moment de la naissance, mais deux ou trois minutes après, la respiration s'arrêta. Il portait au cou une tumeur que le médecin diagnostiqua comme étant un goitre.

L'enfant ne présente aucune autre difformité. Le cou a une circonférence extraordinaire, les contours naturels sont devenus méconnaissables.

Observation 16

BACH : *Mémoires de l'Académie de Médecine*,
t. XIX, 1855, p. 338.

« J'avais extrait à l'aide *du forceps* un enfant mort par suite de la longueur du travail. La face était congestionnée ; il avait le cou énormément distendu. Je considérai cette tumeur comme un goitre.

« Pour m'en assurer, l'enfant étant mort, je pratiquai le lendemain l'autopsie. La face qui avait été bleue avait repris sa couleur normale. La tumeur du cou n'offrait plus le même volume que la veille. Les artères et les veines thyroïdiennes étaient gorgées de sang. Dès que j'incisai la tumeur, il s'écoula beaucoup de sang ; elle ressemblait jusqu'à un certain point à un morceau de poumon hépatisé. »

Observation 17

BACH : *Mémoires de l'Académie de Médecine*,
t. XIX, 1855, p. 338.

« Chacun de nous a pu observer de ces exemples de turgescence de la glande thyroïde. J'en citerai un cas assez remarquable.

« Le 20 octobre 1852, je fus appelé auprès d'une femme qui *était en travail depuis deux jours*. La tête de l'enfant restait au détroit supérieur et les contractions avaient cessé. Je procédai immédiatement à *l'application du forceps* et amenai un enfant vivant, mais il avait la face bleue et portait un goitre énorme, ou du moins une tumeur qui me paraissait de ce genre. Elle était assez dure, la respiration était gênée, les cris assez faibles. Je recommandai à la sage-femme de me prévenir dans le cas où cet enfant viendrait à succomber, car j'avais le projet d'examiner cette tumeur avec soin. Je retournai le lendemain pour savoir ce qu'était devenu cet enfant. Il se portait bien, la tumeur avait bien diminué ; quatre jours après, elle avait disparu complètement.

Observation 18

LÖHLEIN : In *Zeitschrift für Geburskunde
und Frauenkrankheiten, Stuttgart,*
1876, I, p. 23.

Caroline K..., âgée de 35 ans, I-pare, a toujours été bien portante dans l'enfance. Dès l'âge de 10 ans, elle présente une cyphose dorsale accentuée et un goitre légèrement développé. Réglée à 12 ans régulièrement.

Les dernières règles datent du 15 mai 1872. Pendant la grossesse, la femme se porte bien.

Début du travail dans la nuit du 14 au 15 février 1873.

Les premières fortes douleurs apparaissent le 15. Rupture de la poche des eaux le 15 à minuit. Le 16, à 7 heures du matin, on constate que l'accouchement ne se fait pas. La dilatation est grande comme l'épaisseur d'un travers de doigt. Elle est complète à 5 heures du soir.

Par le toucher, on constate une *présentation de la face*, le dos du nez se trouvant dans le diamètre oblique gauche. Avec deux doigts on réussit à faire tourner le menton à gauche et un peu en avant. Mais il est impossible de maintenir longtemps cette position et le 16 à 10 heures 50 du soir, la parturiente étant dans un état complet d'épuisement (vomissements répétés, pouls 152), on fait une *application de forceps*, et après des tractions énergiques, on extrait un garçon en état d'asphyxie complète du poids de 2.520 grammes.

L'enfant présentait une glande thyroïde nettement hypertrophiée. La femme fit de l'infection puerpérale et mourut.

Observation 19

WENDT : *Thèse de Strasbourg*, 1894.

Femme âgée de 21 ans, I-pare, sans antécédents. Réglée à 17 ans irrégulièrement, durée : cinq ou six jours. Dernières règles : milieu de mai 1893. Pendant la grossesse, céphalalgies répétées, œdème des membres inférieurs, quelques varices à droite. A l'examen, le 16 février 1894, la parturiente qui est originaire de la

Suisse présente un goitre parenchymateux qu'elle porte depuis sa plus tendre enfance.

Au point de vue obstétrical, les premières fortes douleurs apparaissent à 6 heures de l'après-midi. Hauteur de l'utérus : 3 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. *Présentation du sommet*, le dos est à gauche ; le siège en haut. La tête est bien engagée dans le petit bassin. La dilatation est complète. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 16 février à 3 heures du matin, rupture des membranes. La partie fœtale qui se présente est la tête ; on sent une très petite fontanelle avec des dentelures saillantes comme cela se présente pour la fontanelle latérale droite ; de celle-ci part une suture qui se dirige à gauche et en arrière, puis une autre qui se dirige en avant, vers la symphyse, c'est donc le pariétal droit qui se présente. Le pariétal gauche ne peut être palpé que sur une très faible étendue et il est situé plus bas que le précédent. La suture sagittale est dans une situation presque transversale et se rapproche du promontoire. La tête est engagée dans le bassin par son plus grand segment. Une tumeur siégeant au niveau de la tête est à peine perceptible.

11 heures du soir. — La petite fontanelle est en haut, en arrière et à gauche ; la suture sagittale est intermédiaire entre le diamètre transversal et le diamètre oblique ; on ne peut pas atteindre la grande fontanelle. Les douleurs qui ne sont pas très fortes reparaissent toutes les six à sept minutes. L'auscultation est bonne, quoique les bruits du cœur ne soient pas très accentués.

Le 17 février à 6 heures du matin, douleurs plus rapprochées ; bruits du cœur : 152 pulsations.

A midi le fœtus rend son méconium. *Application de forceps.* Par de fortes tractions, on fait apparaître la grande fontanelle et le front au-dessus du périnée, puis on dégage la petite fontanelle et l'occiput.

Extraction rapide du fœtus. C'était un garçon qui, aussitôt après l'accouchement, ainsi que pendant les heures qui suivirent, conservait la tête inclinée à gauche et en arrière, à cause d'un goitre très visible qui s'était développé dans la partie droite du cou et qui empêchait la tête de se fléchir en position normale.

18 février. — Le lobe droit de la glande thyroïde de l'enfant s'étend de la fourchette sternale à l'angle du maxillaire inférieur. Le lobe moyen est peu intéressé par le goitre et déborde à peine la ligne médiane vers la gauche. Le lobe droit a au moins le volume d'un œuf de poule et offre la consistance du goitre parenchymateux. Pas de productions kystiques. Le lobe moyen et le lobe gauche ne présentent que très peu de modifications.

Par suite du retour de la mère dans son pays, il est impossible de suivre plus longtemps l'observation de l'enfant.

Observation 20

GERBER : *Thèse de Fribourg*, 1896.

Amélie P..., I-pare, sans antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à 14 ans régulièrement. Dernières

règles, fin septembre 1894. Bassin normal, petit goitre bilatéral.

Le 25 juin 1895, au détroit supérieur, on sent une partie fœtale arrondie, dure, mobile. A gauche et en haut, forte résistance; à droite et en haut petites parties fœtales.

Le 25 juin à midi, premières douleurs. Bruits du cœur perçus indistinctement sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

A 4 heures du soir, la tête est engagée dans l'excavation et immobile. Cathétérisme vésical.

A 8 heures la palpation révèle à 10 centimètres au-dessous de l'ombilic, l'existence d'un sillon transversal qui s'élève pendant les contractions. Au-dessous de ce sillon, on sent une petite partie en position transversale. Par le toucher vaginal, on sent les deux yeux de l'enfant. Col complètement ouvert. Membranes intactes.

Puis derrière la symphyse du pubis, on sent le nez, A 9 heures du soir, rupture de la poche des eaux.

Présentation de la face. — Rotation dans la région trachéale, autour de la symphyse, puis apparaissent successivement la bouche, le nez, les yeux, le front, le crâne.

Déchirure superficielle du périnée. Œdème considérable de toute la moitié droite de la face du fœtus ainsi que des paupières des deux côtés. Tête dolichocéphale. L'enfant respire péniblement.

Un goitre est la cause de cette présentation de la face. Il a les dimensions d'un œuf de pigeon et est bilatéral. Le lobe moyen du corps thyroïde n'est pas

augmenté de volume. Il s'agit vraisemblablement d'un goitre parenchymateux comme chez la mère. L'enfant va bien.

Observation 21

SIMPSON : *Selected obstetrical and gynæcological Works*. Edimbourg, 1871, p. 127.

La mère de l'enfant n'avait jamais eu aucun symptôme de goitre. Elle avait eu dix enfants. L'enfant actuel naquit deux ou trois semaines avant terme. Le développement de la glande thyroïde était à peu près de la grosseur d'un œuf de poule.

L'accouchement, de ce fait, fut rendu long et difficile. Il empêcha en effet la flexion de la tête sur le sternum (comme si les mains et les bras avaient été placés dans le sillon du cou).

Il y eut en conséquence une *présentation du front*.

Le goitre remplissait entièrement l'espace, ou le creux compris entre le menton et le sternum.

L'examen montra du tissu glandulaire énormément hypertrophié.

Observation 22

SPIEGELBERG : In *Würzburger Medicinische Zeitschrift*, 1864, V, p. 161.

C... K..., n° 306, III-pare, bien portante, ayant un goitre du côté droit. Tous ses enfants sont nés vivants.

La grossesse actuelle n'a présenté aucune particularité, si ce n'est qu'une présentation du siège qui avait été diagnostiquée au cours de la grossesse, avait été transformée quelques jours avant en présentation du sommet.

L'enfant respirait mal et il était évident que la cause dépendait d'un goitre qu'il présentait.

Observation 23

SPIEGELBERG : In *Würzburger Medicinische Zeitschrift*, 1864, V, p. 161.

F... E..., n° 388, IV-pare, atteinte d'un goitre volumineux.

L'accouchement ne présenta aucune particularité. L'enfant se présentait par *le siège* en deuxième position qu'on avait pu diagnostiquer quelques semaines auparavant.

Le corps thyroïde ne pouvait être délimité, tant il remontait haut.

Observation 24

BILLIG: *Thèse de Heidelberg*, 1892.

Dans la nuit du 19 octobre 1889, je fus appelé auprès d'une femme, VI-pare en travail. Des cinq enfants, trois étaient vivants, le quatrième avait dû être extrait par le forceps et était mort de la difficulté du travail. Il

n'avait rien d'anormal. Le dernier était mort à 10 mois, d'une maladie infantile.

Les dernières règles pour la grossesse actuelle remontent vers le milieu de mars 1889. D'après cette indication, l'accouchement est prématuré. La parturiente ne peut donner aucune raison pouvant l'expliquer, si ce n'est que quelques jours avant elle aurait reçu un choc en tombant dans un fossé. Depuis, elle avait ressenti des douleurs dans le ventre.

Par le toucher, je pus reconnaître que la jambe gauche était dans le vagin et m'assurer de la position de l'autre jambe, ainsi que celle du tronc et des membres supérieurs.

Après l'extraction du corps, dans la tentative que je fis pour fléchir la tête, je sentai faisant résistance à mes doigts, une masse anormale, globuleuse et de consistance élastique qui rendait impossible la pénétration plus avant de ma main, malgré tous mes efforts. En revanche, lorsque j'eus réussi à refouler le fœtus en arrière et en bas, je parvins avec ma main droite à atteindre l'occiput.

Pour moi, il était clair qu'il s'agissait là d'une tumeur qui intéressait soit le cou, soit la face. Au bout d'une heure et demie environ d'efforts infructueux, alors que j'allais prendre en main le perforateur, je réussis après anesthésie complète de la parturiente, à vaincre l'obstacle, non sans de violents efforts réitérés : tumeur et tête suivirent aussitôt et je pus alors reconnaître pourquoi l'obstacle avait cédé.

La peau, les muscles et la colonne vertébrale étaient

déchirés dans la région postérieure située entre la 5^e et la 6^e vertèbre cervicale, de sorte que l'angle formé par la tumeur, arrêtée au-dessus de la symphyse pubienne et la tête qui était fortement rejetée contre le sacrum, disparut, car après sa décollation, la tête se mit dans une position verticale par rapport à la tumeur.

Telle est du moins l'explication qu'il m'est possible de donner du mécanisme extraordinaire de cet accouchement.

Les suites de couches furent très satisfaisantes et absolument apyrétiques ; la femme se rétablit complètement et un an et demi plus tard, elle mettait au monde, avec l'assistance d'un médecin, deux jumeaux bien constitués et ne présentant pas de tumeurs du cou.

Observation 25

BÉRAUD : *Journal de Médecine de Lyon*, 1866, p. 184.

La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 24 ans, I-pare, bien conformée. La grossesse a été excellente et est arrivée à terme sans se compliquer de troubles sérieux.

Le 7 août à 7 heures du soir apparaissent les premières douleurs. A 10 heures, rupture des membranes. La malade est apportée à 11 heures à l'hôpital de la Charité et voici ce que l'on constate chez elle :

Au centre même de l'orifice utérin dilaté se trouve une masse globuleuse, dont la forme, la surface, la

consistance ne peuvent se rapporter à aucune partie normale du fœtus. En arrière on arrive à toucher *une épaule*, c'est la droite. Elle se présente en deuxième position.

Toutes deux, tumeur et épaule, tendent à s'engager à travers le col. L'engagement de l'épaule déjà si difficile est empêché par celui de la tumeur qui, elle aussi, par réciprocité ne s'engage que très incomplètement.

L'utérus est vide de tout liquide. Les deux mains sont procidentes ; l'une, la main droite, arrive jusqu'à la vulve, l'autre arrive jusque vers le milieu de l'excavation.

On constate également une procidence du cordon qui bat sous le doigt.

M. Delore est appelé vers 1 heure du matin et il arrive assez facilement à *opérer la version*. Cette manœuvre tentée avant son arrivée était restée sans succès. Le fœtus n'a donné aucun signe de vie. La tumeur a le volume d'un poing d'adulte.

Elle est assez régulièrement ovoïde, sans adhérences superficielles, occupant tout le côté droit de la région cervicale antérieure et faisant également saillie à gauche ; à parois plus ou moins épaisses suivant les points, donnant une fluctuation assez nette. L'autopsie de cette tumeur démontre qu'elle n'est pas autre chose qu'un goitre kystique uniloculaire, cloisonné dans tous les sens par des brides fibreuses. La tumeur est développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde.

Observation 26

HECKER : In *Klinick der Geburtskunde*. Vol. I, p. 62.

Le 10 novembre 1909, je trouvais chez une parturiente, très amaigrie, enceinte pour la quatrième fois, l'abdomén aussi développé que dans une présentation du sommet. Je sentais, à gauche, les petites parties fœtales et à gauche également, j'entendais les bruits du cœur qui étaient très sonores et se propageaient un peu en bas.

La portion vaginale du col était située très haut et l'orifice cervical, aussi bien l'externe que l'interne, était facilement perméable au doigt. Derrière la poche des eaux, je sentais nettement la tête avec la face située en bas et je pouvais faire sans aucune hésitation les constatations suivantes ;

A gauche, on pouvait atteindre le menton, faire pénétrer les membranes dans la bouche du fœtus et passer le doigt entre les mâchoires.

On remarquait alors comme conséquence de cette manœuvre que le doigt touchait la langue de l'enfant, qui faisait des mouvements de succion. On avait donc affaire ici à une présentation *complète de la face* chez une personne, chez laquelle on ne pouvait en aucune façon observer des contractions utérines.

Le 12 novembre, c'est-à-dire deux jours plus tard, les douleurs apparurent, et à la fin de la période de dilatation, ce *n'est plus une face et une tête que l'on*

sentit dans l'excavation pelvienne, mais un bras. Par déplacement de la tête vers la droite, il s'était formé la deuxième variété de la présentation de l'épaule.

On fit *la version* puis l'extraction du fœtus après avoir recherché le pied gauche.

L'enfant, un garçon, pesant 6 livres avait les battements du cœur très nets, mais il ne fit que quelques inspirations et ne put être ranimé.

Il présentait un goitre volumineux.

Constatations

De ces diverses observations que nous avons pu recueillir, nous allons essayer de tirer quelques constatations : sur l'influence de ces goitres congénitaux sur l'accouchement.

Nous étudierons donc l'influence de ces tumeurs sur :

1° La présentation de l'enfant ;

2° La marche du travail et la terminaison de l'accouchement ;

3° Sur l'enfant lui-même.

Nous résumons dans le tableau suivant ces diverses constatations :

Présentation de l'enfant.	{	Sommet : 11 fois (<i>obs.</i> 2-3-5-6-7-8-9-14-15-16-17).
		Face : 3 fois (<i>obs.</i> 18-19-20).
		Front : 1 fois (<i>obs.</i> 21).
		Siège : 3 fois (<i>obs.</i> 22-23-24).
		Epaule : 2 fois (<i>obs.</i> 25-26).
		Inconnues : 6 fois.

Marche du travail et terminaison de l'accouchement.	{	Accouchement spontané normal : 11 fois (<i>obs. 1 à 8 et 20-22-23</i>).
		Accouchem. plus long mais spontané : 8 fois (<i>obs. 9. à 15 et 21</i>).
	{	INTER- VENTIONS { Forceps : 4 fois (<i>obs. 16-17-18-19</i>).
		Version : 2 fois (<i>obs. 25-26</i>).
		Mutilation : 1 fois (<i>obs. 24</i>).
Pronostic pour l'enfant.	{	Mort : 17 fois.
		Vivant : 2 fois.
		Inconnu : 6 fois.

D'après l'étude de ces constatations nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la présence d'un goitre congénital chez un fœtus n'influe pas d'une façon prédominante sur telle ou telle présentation.

Que dans plus de la moitié des cas on rencontre la présentation du sommet et que seulement viennent ensuite en proportions égales les présentations de la face et du siège, enfin celles de l'épaule et du front ;

2° Qu'au point de vue de la marche et de la terminaison de l'accouchement, le goitre peut rendre dans 30 % des cas environ le travail plus long et plus pénible, mais que cependant l'accouchement se fait d'une façon spontanée dans 80 %, des cas.

Que dans quelques cas cependant, on peut être obligé d'intervenir ;

3° Que le pronostic pour l'enfant est très mauvais ;

la mort survenant presque toujours, soit immédiatement, après l'accouchement, soit quelque temps après, par suite de la compression de la trachée par le goitre et l'asphyxie qui en est la conséquence.

CHAPITRE III

Conduite à tenir

De même que la marche du travail et la terminaison de l'accouchement, dans les diverses observations que nous avons étudiées, tant pour les lymphangiomes que pour les goitres, sont essentiellement variables, de même va l'être la conduite à tenir auprès de la parturiente.

La première règle à suivre après avoir fait le diagnostic de tumeur du cou est d'ATTENDRE, et de laisser faire la nature tant que l'état de la mère et de l'enfant le permet, l'accouchement se faisant spontanément dans la plupart des cas.

Si des symptômes inquiétants viennent à apparaître, il faudra alors intervenir. Mais aucune règle de conduite déterminée à l'avance ne peut être suivie. L'on aura recours soit au *forceps*, soit à *la version*, à *l'embryotomie*, à *la ponction* de la tumeur.

Dans certains cas même, plusieurs de ces interventions doivent être tentées à la suite l'une de l'autre, comme dans le cas de SCHÜCKING, où une application de forceps, une craniotomie et une ponction de la tumeur furent nécessaires pour arriver à extraire le fœtus.



CONCLUSIONS

1° Les lymphangiomes et les goitres congénitaux du cou exercent une action des plus variables sur l'accouchement.

2° La présentation de l'enfant est presque toujours normale dans les lymphangiomes. On rencontre quelquefois la présentation du siège.

Par suite de la présence du goitre à la partie antérieure du cou pouvant empêcher la flexion complète de la tête sur le thorax ou gêner l'accommodation du fœtus, la présentation de la face et du siège se rencontre assez souvent, quelquefois celle du front, mais la présentation du sommet est encore la plus fréquente.

3° La marche du travail et la terminaison de l'accouchement ne sont guère influencées d'une façon sérieuse dans la plupart des cas.

On peut quelquefois observer un travail un peu plus long ou plus pénible.

Les tumeurs peuvent cependant donner lieu à des difficultés assez graves.

Les cas de dystocie sont le résultat, pour le goitre d'une présentation vicieuse, pour le lymphangiome d'un volume extraordinaire de la tumeur.

4° Le pronostic pour l'enfant est dans les deux cas extrêmement réservé.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Première Partie

1. BLACHEZ. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1856.
2. BOUCHER. — *Thèse de Paris*, 1868.
3. BRINDEAU. — *Traité d'Obstétrique de Bar et Brindeau*.
4. CELSE. — *De re medica*, livre VII.
5. DROSTE. — *Holscher, Hannoversche Annalen*, 1839, p. 295.
6. EBERMAYER. — *Casper Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, 1836.
7. FANO. — *Union Médicale*. Tome V, p. 491, 1860.
8. GILLES. — *De hygromatis cysticis congenitis*, 1852.
9. GIRALDÈS. — *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 13.
10. COESAR HAWKINS. — *On a peculiar form of congenital tumor of the neck. Medic.-chirurg. transactions of London*, 1839.
11. JOULE. — *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1754. Paris, 1759.
12. JOULIN. — *Thèse d'agrégation*, 1863, p. 119.
13. KEITH. — *Edimbourg Medical Journal*. Février 1881, p. 690.
14. KOESTER. — *Verhandlungen der Physical-medicin Gesselschaft*, 1871, p. 46.
15. LANNELONGUE. — *Tumeurs congénitales*.
16. LORAIN. — *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1853, p. 62.
17. LORAIN. — *Gazette médicale de Paris*, 1855, p. 173.

18. LATOUCHE. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1855, p. 415.
19. LEWEERS. — *Obstétrical transactions of London*, 1897.
20. MAUNOIR. — *Mémoire sur l'hydrocèle du cou*. Genève, 1825.
21. REDENBACKER. — *Diss. inaug. medic. de ranula sub lingua*, 1828.
22. SAVELLI. — *Thèse de Paris*, 1901.
23. SEDILLOT. — *Union médicale*, tome V, p. 491, 1860.
24. STOLTZ. — *Revue de Médecine de l'Est*, 1878, p. 161.
25. SCHUCKING. — *Centralblatt für Gynæcologie*, 1882, n° 24, p. 362.
26. STRASSMANN. — *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1893, p. 200.
27. VERNHER. — *Die angeborenen kysten hygroma und die ihnen verwandten geschwulste*, 1843.

Deuxième Partie

1. ABT. — *The Archives of Pediatrics of New-York*, 1900, p. 261.
2. AHLFELD. — *Über die Entstehung der Stirn und Gehirnschichtenlagen*, p. 7.
3. BACH. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1855, tome XIX, p. 338.
4. BÉRAUD. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1866, p. 184.
5. BILLIG. — *Thèse de Heidelberg*, 1892.
6. BOBB. — *Thèse de Strasbourg*, 1867.
7. BURGHAGEN. — *Thèse de Berlin*, 1888.
8. CAMERER. — *Württemberg medicin, Correspondenzblatt*, tome XII, p. 4.
9. CRIGHTON. — *Edimbourg medical Journal*, 1856, tome II, p. 149.
10. DIENER. — *Schmidts medicin Jarbücher*. Vol. 63, p. 206.
11. DIETHELM. — *Thèse de Zurich*, 1890.
12. GERBER. — *Thèse de Fribourg*, 1896.
13. HECKER. — *Klinik der Geburtshilfe*. Vol. I, p. 62.

14. HOUEL. — *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1873, p. 632.
15. LOEHLEIN. — *Zeitschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*. Stuttgart, 1876, I, p. 23.
16. MAURER. — *Schmidts medicin. Jahrbücher*, vol. 84, p. 329.
17. MONDINI. — *Nov. comment. Acad. scient. instituti. Boniensis*.
18. NICOT D'ARBENT. — *Bulletin de thérapeutique*, tome XIX, p. 54, 1840.
19. ORMSBY. — *The Lancet*, 1888, p. 386.
20. SIMPSON. — *Selected obstetrical and gynæcological Works*. Edimbourg, 1871, p. 127.
21. SPIEGELBERG. — *Würzburger medicinische Zeitschrift*, 1864, V, p. 161.
22. VONVILLER. — *Thèse de Zurich*, 1881.
23. WENDT. — *Thèse de Strasbourg*, 1894.

